

RSP<http://www.rsp.fsp.usp.br/>Revista de
Saúde Pública

Trabajo en equipo: relevancia e interdependencia de la educación interprofesional

Tamayo M¹, Besoaín-Saldaña A¹, Aguirre M¹, Leiva J¹¹ Departamento de Kinesiología. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago, Chile

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la percepción de estudiantes universitarios respecto al trabajo interprofesional e interdependencia entre los miembros del equipo en su inserción en la atención primaria.

MÉTODOS: Estudio de tipo analítico y transversal. El muestreo fue de tipo aleatorio, probabilístico estratificado con un 95% de confianza y un 5% de margen de error. Se utilizó un cuestionario auto-administrado en 704 estudiantes de Universidades del Estado en Santiago de Chile.

RESULTADOS: Un 97,8% de los estudiantes opinan que el trabajo interprofesional es importante; un 27,1% de ellos declara que su universidad no le ha entregado importancia en sus planes de estudios. Los profesionales mencionados como más importantes en el equipo son los médicos y enfermeras.

CONCLUSIONES: Espacios de desarrollo y respaldo institucional son elementos claves para promover el trabajo interprofesional. Que esta competencia logre involucrar a cada unidad académica en sus diferentes espacios formativos será un aporte significativo en aquello. Trabajo en equipo es una tarea pendiente.

DESCRIPTORES: Estudiantes del Área de la Salud. Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud. Percepción Social. Grupo de Atención al Paciente. Comunicación Interdisciplinaria. Relaciones Interprofesionales.

Correspondência:

Tamayo M
Independencia 1027, Independencia.
Santiago, Chile
Código Postal: 8380453
E-mail: mtamayo@med.uchile.cl

Recibido: 9 nov 2015

Aprobado: 29 mar 2016

Como se cita: Tamayo M, Besoaín-Saldaña A, Aguirre M, Leiva J. Trabajo en equipo: relevancia e interdependencia de la educación interprofesional. Rev Saude Publica. 2017;51:39.

Copyright: Este es un artículo de el acceso abierto distribuido bajo la términos de la licencia Atribución Creative Commons, lo que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor y la fuente los originales se acreditan.



INTRODUCCIÓN

La educación médica se ha enfocado, históricamente, en el desempeño individual de los profesionales de la salud. Sin embargo, ante los cambios en el foco, estructura y necesidades de los sistemas de atención en salud, el foco se ha redirigido hacia el trabajo en equipo¹. Esta concepción implica una acción coordinada, llevada a cabo por dos o más individuos, lo que implica metas acordadas en conjunto, y exige entendimiento claro y respeto de los roles y las funciones de cada miembro. El trabajo en equipo, más que un fin, es un proceso y requiere la habilidad de trabajar como colegas, en vez de superior-subordinado².

En este sentido, se entiende por multiprofesionalismo al trabajo común realizado por profesionales de las diferentes categorías, en las que su contribución individual conduce a un producto final que satisface los requerimientos únicos de cada parte en la solución de los problemas identificados³. Tanto la construcción colectiva del trabajo a realizar por el equipo multidisciplinario cuanto las posibilidades de incorporar la atención a las prácticas profesionales, indican la necesidad de identificar y desarrollar dimensiones comunicativas en los sujetos involucrados en el cuidado (trabajadores y usuarios). Los equipos multidisciplinarios deben superar los acuerdos y articulaciones centradas solo en las relaciones. La Organización Mundial de la Salud⁵ señala que la práctica colaborativa optimiza los resultados de la atención en salud entregando una atención integral a los pacientes, sus familias, cuidadores y comunidades. Los profesionales preparados para la práctica colaborativa han aprendido a trabajar en un equipo interprofesional mediante entrenamiento efectivo en educación interprofesional; esta educación ocurre cuando estudiantes de dos o más profesiones aprenden sobre, de y entre ellos mismos para permitir una colaboración efectiva⁵.

En el mundo y en Chile, el modelo de atención de salud está basado en fortalecer la atención primaria de salud (APS)⁶, en la que los equipos de salud son parte fundamental. A su vez, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece que los estados parte deben avanzar en “garantizar el desarrollo del talento humano necesario para la puesta en práctica exitosa de la APS, con la incorporación de equipos multidisciplinarios” (p.82)⁷.

El desarrollo de recursos humanos implica su formación técnica y profesional, debiéndose incluir el enfoque de equipo. La efectividad del equipo no se asegura solamente entrenando a sus miembros individualmente en técnicas de cuidados en salud, sino que también se debe considerar el proceso por el cual el equipo como un todo es dirigido y supervisado, además de cómo enfrenta y resuelve los problemas².

La evidencia dice que las habilidades para trabajar en equipo y colaborativamente no son intuitivas, no se aprenden en el trabajo mismo^{8,9}. Esto podría fundamentar que la adquisición de estas habilidades debe realizarse durante la formación académica. A su vez, a pesar de que las actividades curriculares de los diferentes programas académicos toman cursos en común, en general no se dan puntos de interacción entre estas, habiendo una falta de “educación interprofesional”¹⁰. Además, uno de los principales problemas es la falta de conocimiento de los roles de cada miembro del equipo, lo cual es alimentado por los prejuicios o estereotipos negativos que se tienen de las profesiones al momento del ingreso. Por esta razón, se propone que la educación interprofesional “se incorpore entre las actividades específicas de la disciplina” (p.265)³ y al currículo¹¹.

Actualmente, la OMS dice que los sistemas de educación y salud deben trabajar en conjunto para coordinar estrategias para el recurso humano en salud. Si los planes de recursos humanos en salud y las políticas que se formulan están integrados, la educación interprofesional y las prácticas colaborativas pueden ser sustentadas⁵.

Por otra parte, el problema derivado de la debilidad en las relaciones de trabajo de los equipos tiene una influencia directa; por lo tanto, dar más estabilidad al profesional puede significar el aumento de la posibilidad de acumulación de conocimientos y habilidades, lo que dará mayor consistencia y durabilidad en la formación de estos futuros profesionales y de la salud familiar¹².

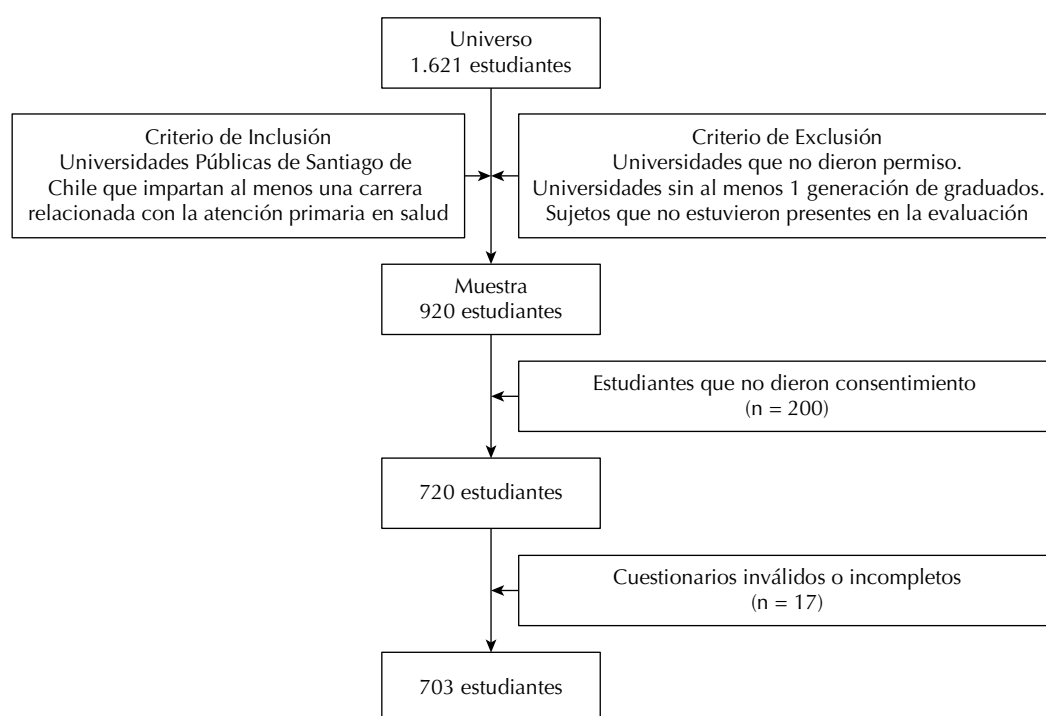
Por estas razones, en Chile diferentes casas de estudios incluyen en sus perfiles de egreso la competencia de trabajar en equipos de salud en las carreras de la salud¹³ como un gesto de coherencia con los marcos actuales que definen la formación de los profesionales de la salud. A su vez, esta transversalidad del trabajo en equipo en la formación de carreras de la salud da cuenta de la homogeneización en los currículos, tras la implementación del proceso de acreditación en las diferentes carreras, entendiéndose como “el proceso de análisis de los mecanismos existentes al interior de las instituciones autónomas de educación superior para asegurar su calidad, considerando tanto la existencia de dichos mecanismos, como su aplicación y resultados (art. 1)”^a. Este proceso es parte de los mecanismos para regular la oferta de centros de formación que ofrecen carreras de la salud, que en su mayoría son privadas, no dependientes del Consejo de Rectores, y no acreditadas, lo que significa una clara desregularización de la calidad de producción de los profesionales de la salud¹⁴.

El objetivo de este trabajo fue describir la percepción de estudiantes universitarios respecto al trabajo interprofesional e interdependencia entre los miembros del equipo en su inserción en la atención primaria.

MÉTODOS

Estudio analítico y transversal. El muestreo fue de tipo aleatorio, probabilístico estratificado con un 95% de confianza y una 5% de margen de error. El universo consiste en todos los estudiantes del nivel anterior al internado clínico o período de práctica clínica durante el año 2012 de las carreras profesionales que se desenvuelven en la atención primaria, pertenecientes a universidades estatales de la Región Metropolitana en Chile. El universo consistió de 1.621 estudiantes. Las profesiones seleccionadas fueron: Medicina, Química y Farmacia, Odontología, Obstetricia, Enfermería, Nutrición y Dietética, Kinesiología (Fisioterapia), Tecnología Médica, Asistencia Social, Psicología, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología. Al aplicar los criterios de exclusión, la muestra se redujo a 704 estudiantes (Figura 1), cumpliendo con el límite inferior para el nivel de representatividad asignado.

El cuestionario fue elaborado con base en la literatura especialmente sobre trabajo colaborativo e interprofesional^{8,10,12,15}. Posteriormente, se realizó una validación de contenido y constructo



^a Ministerio de Educación de Chile. Ley n° 20.129, de 23 de octubre de 2006. Establece un sistema nacional de aseguramiento de la calidad de la educación superior. Santiago de Chile; 2006 [citado 2016 Dic 11]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-14436.html>

Figura 1. Proceso de selección de la muestra, con los criterios de inclusión, exclusión y pasos de muestreo.

por parte de expertos en educación en salud o miembros del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Concluyó esta parte con un pilotaje, en el que se aplicó el cuestionario con un curso de estudiantes de características similares a la muestra, pero que no están incluidos en este estudio, corrigiendo claridad, precisión y validez del instrumento.

Se entregó a cada estudiante un cuestionario auto-aplicado para establecer la importancia que le darían las universidades al trabajo interprofesional, necesidad del trabajo interdisciplinar e importancia atribuida al trabajo en equipo en los ámbitos de salud primaria, secundaria y terciaria. Para estas preguntas, se utilizó la escala Likert de cinco alternativas. Por otra parte, se requirió información sobre el conocimiento, prescindencia e interdependencia con las distintas carreras de la salud. Del total de encuestas válidas ($n = 703$), en las preguntas sobre la valoración, importancia y conocimiento de los estudiantes sobre las carreras, fueron excluidas las respuestas de los alumnos sobre las carreras que ellos estaban cursando, con tal de disminuir el sesgo de sobrerrepresentación de sus opiniones.

Los datos fueron analizados en el programa SPSS 19.0 para Windows, por medio de análisis de frecuencia y medidas de tendencia central. Para determinar diferencias, se aplicó la prueba de Qui-cuadrado con un nivel de significancia menor a 0,05.

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el cual consideró para su aprobación los postulados de la Declaración de Helsinki, la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 1992, y las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996. Todos los participantes que completaron el cuestionario, habían previamente firmado el consentimiento informado.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 704 estudiantes de carreras de la salud (63,8% mujeres), con una mediana de edad de 22 años y un rango intercuartílico de 1.

La Tabla 1 describe la muestra, diferenciada por género, en cuanto a la experiencia previa de los estudiantes en APS y el programa académico al que pertenecen los estudiantes encuestados.

Considerando que el conocimiento adquirido sobre las otras profesiones puede tener diferentes orígenes, se solicitó a los estudiantes distribuir este origen en distintas categorías.

Tabla 1. Descripción de la muestra, diferenciada por género.

Variable		Hombre		Mujer		Total	
		n	%	n	%	n	%
Atención en atención primaria de salud	Sin experiencia en atención primaria de salud	135	32,8	276	67,2	411	58,5
	Con experiencia en atención primaria de salud	120	41,1	172	58,9	292	41,5
Profesión	Obstetricia y puericultura	4	14,8	23	85,2	27	3,8
	Terapia ocupacional	4	17,4	19	82,6	23	3,3
	Enfermería	26	17,9	119	82,1	145	20,6
	Nutrición y dietética	8	20	32	80,0	40	5,7
	Fonoaudiología	8	25	24	75,0	32	4,6
	Psicología	15	25,9	43	74,1	58	8,3
	Asistencia social	5	27,8	13	72,2	18	2,6
	Química y farmacia	12	34,3	23	65,7	35	5,0
	Odontología	28	35,4	51	64,6	79	11,2
	Kinesiología	22	51,2	20	47,6	42	6,0
	Medicina	108	59,3	74	40,7	182	25,9
	Tecnología médica	15	68,2	7	31,8	22	3,1

En la Figura 2 se observa un predominio de la formación curricular en la obtención de este conocimiento a través de un 40,5% del peso de la formación en esta materia.

Los estudiantes expresan en su mayoría estar de acuerdo en que sus casas de estudio le dan una gran importancia al trabajo interprofesional; sin embargo, un 27,1% de los encuestados considera lo contrario.

La Tabla 2 expresa las diferencias por género en la valoración de la importancia, necesidad y prescindencia de la formación para el trabajo interprofesional. La conformidad en reconocer que la Universidad ha entregado, dentro del plan de estudios, al trabajo interprofesional en APS mucha importancia y en que para entregar una buena atención en el nivel primario de salud, el trabajo interprofesional es deseable, pero no imprescindible, presenta una diferencia significativa entre hombre y mujeres. La información anterior desagregada por carrera profesional puede observarse en la Tabla 3.

La Figura 3 representa la percepción del nivel de conocimiento, prescindencia y dependencia hacia distintas profesiones de salud. Cada ámbito se divide a su vez por la media; así, las profesiones que quedan sobre la línea presentan mejor evaluación que las que se sitúan por debajo de ella. Se ha indicado para esta pregunta considerar el contexto de la atención primaria.

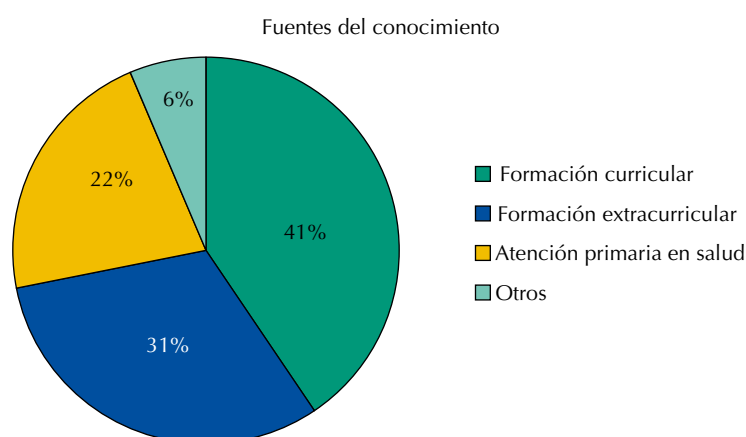


Figura 2. Fuente del conocimiento de estudiantes universitarios sobre los miembros del equipo de salud en atención primaria, 2013. (N = 679)

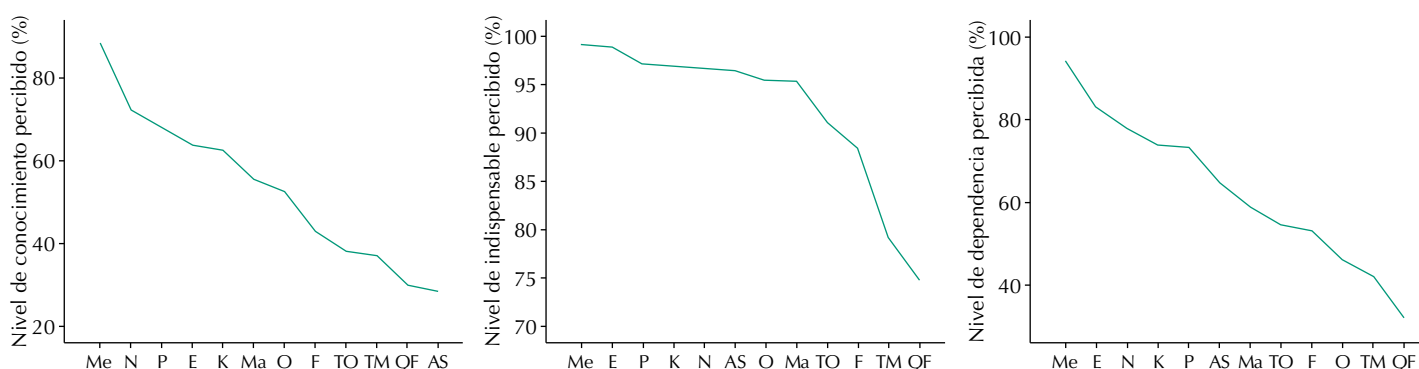
Tabla 2. Diferencias por género en la valoración de la importancia, necesidad y prescindencia de la formación para el trabajo interprofesional.

Pregunta	Respuesta	Masculino		Femenino		Total		p
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	
Pregunta 1. La universidad le ha entregado, dentro del plan de estudios, al trabajo interprofesional en atención primaria de salud mucha importancia	Desacuerdo	76	36,0	87	22,3	163	27,1	0,001*
	Acuerdo	135	64,0	303	77,7	438	72,9	
	Total	211	100	390	100	601	100	
Pregunta 2. Para una buena atención en el modelo de atención integral en salud, es necesario el trabajo interprofesional	Desacuerdo	9	3,6	6	1,3	15	2,2	0,059
	Acuerdo	241	96,4	439	98,7	680	97,8	
	Total	250	100	445	100	695	100	
Pregunta 3. Para entregar una buena atención en el nivel primario de salud, el trabajo interprofesional es deseable, pero no imprescindible	Desacuerdo	168	77,8	346	84,8	514	82,4	0,035*
	Acuerdo	48	22,2	62	15,2	110	17,6	
	Total	216	100	408	100	624	100	
Pregunta 4. Para entregar una buena atención en el nivel secundario y terciario de salud, el trabajo interprofesional es deseable, pero no imprescindible	Desacuerdo	190	86,0	366	90,2	556	88,7	0,115
	Acuerdo	31	14,0	40	9,8	71	11,3	
	Total	221	100	406	100	627	100	

* Diferencia significativa ($p < 0,05$).

Tabla 3. Diferencias por carrera en la valoración de la importancia, necesidad y prescindencia de la formación para el trabajo interprofesional.

Variable	La universidad le ha entregado, dentro del plan de estudios, al trabajo interprofesional en APS mucha importancia		Para una buena atención en el modelo de atención integral en salud, es necesario el trabajo interprofesional		Para entregar una buena atención en el nivel primario de salud, el trabajo interprofesional es deseable, pero no imprescindible		Para entregar una buena atención en el nivel secundario y terciario de salud, el trabajo interprofesional es deseable, pero no imprescindible	
	Desacuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Desacuerdo	Acuerdo
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Asistencia social	2 (12,5)	14 (87,5)	0 (0)	18 (100)	14 (87,5)	2 (12,5)	14 (93,3)	1 (6,7)
Enfermería	13 (9,7)	121 (90,3)	6 (4,1)	139 (95,9)	120 (90,2)	13 (9,8)	127 (92,7)	10 (7,3)
Fonoaudiología	8 (33,3)	16 (66,7)	0 (0)	32 (100)	21 (80,8)	5 (19,2)	27 (90,0)	3 (10,0)
Kinesiología	2 (5,1)	37 (94,9)	0 (0)	42 (100)	31 (83,8)	6 (16,2)	34 (89,5)	4 (10,5)
Obstetricia	1 (3,7)	26 (96,3)	1 (3,7)	26 (96,3)	22 (88,0)	3 (12,0)	20 (80,0)	5 (20,0)
Medicina	53 (35,1)	98 (64,9)	4 (2,2)	175 (97,8)	128 (80,0)	32 (20,0)	135 (83,9)	26 (16,1)
Nutrición	4 (11,4)	31 (88,6)	2 (5,0)	38 (95,0)	33 (86,8)	5 (13,2)	32 (86,5)	5 (13,5)
Odontología	18 (28,1)	46 (71,9)	1 (1,3)	77 (98,7)	44 (69,8)	19 (30,2)	63 (91,3)	6 (8,7)
Psicología	22 (45,8)	26 (54,2)	0 (0)	56 (100)	43 (78,2)	12 (21,8)	37 (86,0)	6 (14,0)
Química y farmacia	18 (72,0)	7 (28,0)	1 (2,9)	34 (97,1)	26 (81,3)	6 (18,8)	28 (87,5)	4 (12,5)
Tecnología médica	15 (78,9)	4 (21,1)	0 (0)	20 (100)	13 (72,2)	5 (27,8)	18 (94,7)	1 (5,3)
Terapia ocupacional	7 (36,8)	12 (63,2)	0 (0)	23 (100)	19 (90,5)	2 (9,5)	21 (100)	0 (0)
Total	163 (27,1)	438 (72,9)	15 (2,2)	680 (97,8)	514 (82,4)	110 (17,6)	556 (88,7)	71 (11,3)



Ma: obstetricia (matrona); Me: medicina; N: nutrición; P: psicología; E: enfermería; F: fonoaudiología; K: kinesiología (fisioterapia); O: odontología; TO: terapia ocupacional; TM: tecnología médica; QF: química y farmacia; AS: asistencia social

Figura 3. Percepción del nivel de conocimiento, prescindencia y dependencia hacia distintas profesiones de salud.

DISCUSIÓN

Este trabajo describe las percepciones de estudiantes de carreras profesionales presentes en la Atención Primaria de Salud en Chile, con relación a la interdependencia, indispensabilidad y nivel de conocimiento que tenían acerca de los otros profesionales, y cómo influyen en dichas experiencias variables como género o la experiencia previa con este sector. Los principales hallazgos identificados fueron el alto nivel de conocimiento, indispensabilidad e interdependencia que tiene la estructura clásica del equipo médico (médicos - enfermeras) con respecto al equipo de salud de la APS. Los estudiantes plantearon que dichos conocimientos y percepciones se basan principalmente en su experiencia dentro del currículum de sus carreras. Adicionalmente, se identificó que las mujeres le otorgan mayor relevancia a la no prescindencia y conocimiento sobre trabajo interprofesional en su formación de pregrado.

En general, el estudio sobre el trabajo interprofesional en los últimos cinco años se ha centrado en manejos específicos como odontología¹⁵, diabetes¹⁶, traumatología¹⁷ o cáncer¹⁸. Sin embargo, los estudios que se han preocupado por analizar los aspectos vinculados a la formación en estudiantes de la salud, o sea, de competencias necesarias para el desempeño

en equipos interprofesionales, son escasos y no permiten mostrar evidencia de sus positivos resultados^{19,20}. Uno de los aspectos explicativos de esta situación podría estar relacionado a la elevada heterogeneidad de expresiones que conlleva el trabajo interprofesional. Si bien los esfuerzos institucionales por contribuir al desarrollo de equipos multiprofesionales son deseables y necesarios, pues marcan una postura ideológica hacia el desarrollo de sus futuros egresados, los esfuerzos desde los centros de salud deben fomentar y resignificar estas prácticas para retroalimentarse y fomentar un cuidado integral que promueva la autonomía de las personas y equidad en salud.

Estos resultados dan cuenta de los desafíos en el desarrollo de habilidades de trabajo en equipo en estudiantes de pregrado, un elemento clave para el funcionamiento de un sistema de salud. Dichas habilidades son más críticas en la APS, donde la formación de los recursos humanos sigue siendo un desafío no cumplido en su totalidad⁷. El trabajo en equipo es muy importante para proporcionar asistencia integral al paciente y su familia, por lo que cuando todos los miembros son conscientes de las necesidades de las familias, el enfoque es total y más eficiente, dado que el conjunto del equipo participa en el seguimiento del problema²¹.

El trabajo en equipo ocurre en el contexto de la práctica concreta, donde las relaciones jerárquicas entre los médicos, no médicos y diferentes niveles de subordinación se mantienen, junto con una división del trabajo flexible y autonomía técnica con interdependencia. Por lo tanto, es posible construir un equipo integrado, incluso en situaciones donde se mantienen las relaciones asimétricas entre los distintos profesionales. Por medio de la acción comunicativa, el debate sobre las intervenciones técnicas y el valor social desigual de las áreas de trabajo conduce a diferentes niveles de integración. Esto presupone no solo compartir premisas técnicas sino, sobre todo, un horizonte ético²².

Dentro de este contexto, la profundización en el conocimiento de la formación de los futuros profesionales que entregarán servicios a las personas es de vital importancia para conocer el actual estado de este compromiso y su proyección en la comunidad. La profunda revisión de los procesos formativos, así como la importancia asignada, creemos, es de la mayor relevancia en modificar conductas y potenciar el trabajo interprofesional en salud.

Por otro lado, si desglosamos nuestros resultados según el programa de estudios al que pertenecen, encontramos una mayor concentración de estudiantes que refieren no percibir la importancia del trabajo interprofesional dentro de su plan de estudio en las carreras de Química y farmacia y Tecnología médica, mientras que, en carreras como Psicología, Terapia ocupacional, Medicina, Fonoaudiología y Odontología, solo un 20% de sus estudiantes declara lo mismo. Este patrón es clave, dada la importancia de esta habilidad en el recurso humano de salud. En conclusión, el desarrollo de esta habilidad es desigual en los diferentes programas de estudio, lo que implica la existencia de profesionales con capacidades insuficientes para insertarse de forma óptima en los equipos de salud. Cabe destacar que se identificó asociación entre las respuestas a la pregunta uno y pregunta tres entre hombres y mujeres, siendo las mujeres más críticas en el nivel de importancia de la formación del trabajo en equipo entregado por su currículum ($p < 0,01$), junto a ser más exigentes en considerar imprescindible el trabajo en equipo en APS ($p = 0,035$). Eso es consistente con los hallazgos de estudios que determinaron mayor preparación y predisposición de estudiantes mujeres de carreras de la salud en el desarrollo del trabajo en equipo^{23,24}.

Existe un 15,6% de estudiantes que consideran prescindible la habilidad de trabajar en equipo interprofesional en APS. Esto es contradictorio con lo que declaran los organismos internacionales al respecto^{2,5,7}. Además, los perfiles de egreso de las carreras consultadas lo declaran como una característica de sus egresados; por lo tanto, no se cumpliría este compromiso de las universidades con la sociedad en su conjunto.

Medicina y Enfermería fueron las profesiones más reconocidas como parte indispensable del equipo de salud de APS. Creemos que esto se debe a que estas dos profesiones son un

ícono social del cuidado de la salud; sin embargo, para ver cuál es la razón de este mayor reconocimiento es necesario abordar el tema con otra metodología. De esta manera, fortalecer la formación en trabajo en equipo pasa necesariamente por reconocer las partes que lo componen, comprendiendo tanto los elementos transversales como disciplinares, que permiten un abordaje integral de nuestras poblaciones con la expresión curricular respectiva, elemento que comparte Bicudo et al.³

En general, la percepción de los estudiantes es positiva hacia el trabajo interprofesional, lo que pronostica una predisposición a desarrollar estas habilidades. Sin embargo, si las casas de estudio son las llamadas a asegurar el desarrollo de recursos humanos capaces para dar una correcta interacción entre los miembros del equipo de salud, entregando una salud integral y multiprofesional, la ausencia de acciones en este sentido pone en grave riesgo el cumplimiento de este compromiso institucional. Más aún cuando el trabajo del equipo multidisciplinario, la articulación entre sus miembros, sobre todo en pacientes ambulatorios y de hospital de día, denota que la derivación entre los profesionales ha sido la estrategia más común para responder a las diversas necesidades de los usuarios⁴. El trabajo intersectorial se vuelve crítico.

Con base en los resultados obtenidos, es necesario profundizar el estado actual de la formación interprofesional en personas que actualmente se desempeñen en APS, y así analizar el fenómeno desde una visión más amplia de este que permita guiar las intervenciones necesarias para lograr mejoras en el actual sistema y sus resultados. En esta línea, se podría analizar comparativamente cuáles son los conocimientos y competencias reales que los futuros profesionales deben dominar para desarrollarse en un equipo interprofesional en cualquier nivel de atención.

Tomando en cuenta una estructura compleja, ecológica, con múltiples intereses y posiciones dentro de las relaciones de poder, el fortalecimiento de la formación en el trabajo interprofesional es útil para adoptar posiciones más pertinentes y realistas sobre la educación para la salud.

Una de dichas posiciones es comprender que una concepción de educación para la salud centrada en el desarrollo del ser humano es una opción teórica y epistemológica en competencia con otras²⁵. A pesar de las restricciones internas y externas sobre el desempeño laboral, es el trabajador quien desarrolla y sustenta el proyecto de acción, en las instituciones de salud, en el grupo y en la práctica diaria. Adicionalmente, en salud, el objeto de trabajo es otro individuo concreto que influye, en una relación dialéctica, el proceso de trabajo de los profesionales²⁶.

Hacemos nuestras las palabras de Luís Otávio Farías: “las relaciones e interacciones empíricamente percibidas van más allá, en la medida en que son también una expresión de los procesos socio-históricos más amplios” (p.1241)²⁷. Los programas académicos conducentes a la formación de trabajadores en salud deben redefinir las competencias profesionales, emergentes y transversales, para dar cumplimiento de forma adecuada a los actuales requerimientos sociales. Por ejemplo, son pocos los programas en la región que hacen hincapié en la prevención, promoción de la salud y la atención primaria²⁸.

El trabajo multiprofesional ofrece una interacción entre diversos conocimientos técnicos y específicos; a través de esta interacción surgen nuevas propuestas de intervención, que no podían ser tomadas por un solo profesional, siendo el resultado de la unión de diferentes saberes. Lo anterior debe estar asociado con una visión amplia de la salud que incorpora aptitudes profesionales con una visión humanista e integral del proceso salud-enfermedad considerando los aspectos políticos, económicos, familiares, educativos, entre otros²⁹; es decir, un trabajo multiprofesional desde una perspectiva de determinantes sociales.

El trabajo en equipo es apenas algo deseable en la medida en que nuestros esfuerzos se concentran tan solo en expresarlo formalmente; contar con espacios de desarrollo y respaldo institucional es trascendental. Que esta competencia logre involucrar a cada unidad académica en sus diferentes espacios formativos será un aporte significativo. Trabajo en equipo es una tarea pendiente.

REFERENCIAS

1. Patel VL, Yoskowitz NA, Arocha JF. Towards effective evaluation and reform in medical education: a cognitive and learning sciences perspective. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009;14(5):791-812. <https://doi.org/10.1007/s10459-007-9091-1>.
2. World Health Organization. Learning together to work together for health. Geneva: 1988. (WHO Technical Report Series, 769).
3. Bicudo IMT, Harris WM. Estágio integrado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: preparo para o trabalho multiprofissional. *Rev Saude Publica*. 1976;10(3):257-66. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101976000300006>.
4. Silva NEK, Oliveira LA, Figueiredo WS, Landroni MAS, Waldman CCS, Ayres JRCM. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4 Suppl):108-16. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000500015>.
5. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: Health Professions Networks Nursing Midwifery; Department of Human Resources for Health; 2011.
6. Organización Panamericana de la Salud. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud. Washington (DC); 2008 [citado 2016 Dic 11]. (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2). Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington (DC); 2007.
8. King L, Lee JL. Perceptions of collaborative practice between Navy nurses and physicians in the ICU setting. *Am J Crit Care*. 1994;3(5):331-6.
9. Rosenstein AH. Nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs*. 2002;102(6):26-34. <https://doi.org/10.1097/0000446-200206000-00040>.
10. Carlisle C, Cooper H, Watkins C. "Do none of you talk to each other?" The challenges facing the implementation of interprofessional education. *Med Teach*. 2004;26(6):545-52. <https://doi.org/10.1080/61421590410001711616>.
11. Rudland JR, Mires GJ. Characteristics of doctors and nurses as perceived by students entering medical school: implications for shared teaching. *Med Educ*. 2005;39(5):448-5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02108.x>.
12. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):490-8. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200015>.
13. Parada M, Romero MI, Moraga F. Perfiles de egreso de las carreras de Medicina en Chile. *Rev Med Chile*. 2015;143(4):512-9. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000400014>.
14. González D. Formación de recursos humanos profesionales en salud. *Rev Chil Salud Publica*. 2006;10(1):60-3. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2006.5501>.
15. MacEntee MI. Muted dental voices on interprofessional healthcare teams. *J Dent*. 2011;39 Suppl 2:S34-40. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2011.10.017>.
16. Dean HJ, MacDonald L, Alessi-Severini S, Halipchuk JA, Sellers EA, Grymonpre RE. Elements and enablers for interprofessional education clinical placements in diabetes teams. *Can J Diabetes*. 2014;38(4):273-8. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2014.02.024>.
17. Courtenay M, Nancarrow S, Dawson D. Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Hum Resour Health*. 2013;11:57. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-57>.
18. Gagliardi AR, Dobrow MJ, Wright FC. How can we improve cancer care? A review of interprofessional collaboration models and their use in clinical management. *Surg Oncol*. 2011;20(3):146-54. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2011.06.004>.
19. Lapkin S, Levett-Jones T, Gilligan C. A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Educ Today*. 2013;33(2):90-102. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.11.006>.
20. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(3):CD002213. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>.

21. Oliveira EM, Spiri WC. Family Health Program: the experience of a multiprofessional team. *Rev Saude Publica*. 2006;40(4):727-33. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500025>.
22. Peduzzi M. Multiprofessional healthcare team: concept and typology. *Rev Saude Publica*. 2001;35(1):103-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.
23. Hansson A, Foldevi M, Mattsson B. Medical students' attitudes toward collaboration between doctors and nurses: a comparison between two Swedish universities. *J Interprof Care*. 2010;24(3):242-50. <https://doi.org/10.3109/13561820903163439>.
24. Wilhelmsson M, Ponzer S, Dahlgren LO, Timpka T, Faresjö T. Are female students in general and nursing students more ready for teamwork and interprofessional collaboration in healthcare? *BMC Med Educ*. 2011;11:15. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-15>.
25. Peñaranda-Correa F, Bastidas-Acevedo M, Escobar-Paucar G, Torres-Ospina JN, Arango-Córdoba A. Análisis integral de las prácticas pedagógicas de un programa educativo en Colombia. *Salud Publica Mex*. 2006;48(3):229-35.
26. Scherer MDA, Pires D, Schwartz Y. Collective work: a challenge for health management. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):721-5. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000400020>.
27. Farías LO, Vaitsman J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad Saude Publica*. 2002;18(5):1229-41. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500015>.
28. Magaña-Valladares L, Nigenda-López G, Sosa-Delgado N, Ruiz-Larios JA. Public Health Workforce in Latin America and the Caribbean: assessment of education and labor in 17 countries. *Salud Publica Mex*. 2009;51(1):62-75. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342009000100012>.
29. Silva JC, Contim D, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Amaral EMS. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(2):132-8. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500023>.

Contribución de los Autores: Concepción y planeamiento del estudio, colecta, análisis e interpretación de datos: TM, B-SA, AM, LJ. Elaboración y revisión del manuscrito: TM, B-SA, AM, LJ. Aprobación de la versión final a ser publicada: TM, B-SA, AM, LJ. Responsabilidad pública por el contenido del artículo: TM, B-SA.

Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.